Le Quotidien du Congrès Français d'Urologie

Edito



Elections et cohésion

Sommaire

Le 104ème congrès français d'Urologie, présidé par Henry Botto, se déroule dans d'excellentes conditions. Comme chaque année, il met en harmonie la science, le professionnalisme et la convivialité.

Cette année, nous recevons pour la première fois une délégation asiatique, l'Association japonaise d'urologie. Lors des échanges, il nous a été rappelé que Félix Guyon fut directement impliqué dans la naissance de cette société savante, pourtant si lointaine.

Nos hôtes nous ont confirmé l'audience internationale de l'Urologie française. Ils souhaitent développer des relations privilégiées avec l'AFU.

Ce congrès est aussi celui de l'élection du nouveau Conseil d'administration. Le grand nombre de candidatures est certainement une preuve de dynamisme d'une association qui a connu, ces dernières années, un essor important. Elle compte plus de mille membres aujourd'hui. Ce développement l'a rendue plus forte mais, comme pour toute croissance, peut la fragiliser.

Pour diverses raisons communautaires et déontologiques, il m'apparaît important de rappeler que la cohésion fait la force d'un groupe. Elle est le meilleur garant de ses succès futurs.

Je tiens à remercier le Conseil d'administration, le Comité d'organisation et le Bureau de l'AFU pour le travail accompli.

Une dernière fois il m'est donné l'occasion, en tant que Président de l'AFU, de remercier l'équipe de Colloquium coordonnée par Christine Autin et Anne-Marie Mérienne pour son implication dans le succès de ce congrès.

En 2011, le 105ème congrès sera présidé par Jean-Pierre Mignard, grand serviteur de l'AFU, qui nous fera profiter de deux de ses qualités, essentielles pour notre association : l'art de vivre et la sagesse.

Pascal Rischmann, Président de l'AFU

Edité par :



Le Quotidien du Congrès Français d'Urologie - Directeur de la publication : P. Coloby - Directeur délégué de la publication : D. Carré - Rédacteurs en chef : P. Sèbe, Y. Neuzillet - Coordination et rédaction : A. Charlery, P. Derrouch - Assistant PAO : P. Balloul - Photos : C. Abron - Imprimeur : Groupe des Imprimerie Morault - Tirage : 1000 exemplaires - Numéro réalisé en micro-édition par l'AFU. Le magazine décline toute responsabilité quant aux manuscrits et photos qui lui sont envoyés. Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Grèce : la santé en crise

La crise économique qui secoue la Grèce a des conséquences dramatiques sur l'organisation des soins, et de l'urologie en particulier. Entretien avec le Dr Andreas Andreou

Où pratiquez-vous ?
Je travaille dans une clinique privée, à Thessalonique.

Pourquoi venez-vous à l'AFU ?
D'une part, j'ai passé 16 années en France pour mes études, que j'ai terminées dans le service du Pr Botto, à l'hôpital Foch de Suresnes. D'autre part, je viens faire le point sur les dernières évolutions et innovations pour les appliquer ensuite à ma pratique. Il est difficile aujourd'hui en Grèce d'avoir accès à l'innovation. La recherche n'avance pas, faute de moyens. Nous sommes également en retard sur certaines techniques comme la coelioscopie.



Est-ce l'une des conséquences de la crise économique ?
Globalement, notre système de système de santé, avant la crise et particulièrement le secteur public, n'était pas en bon état. La crise accentue les difficultés du public qui ne parvient plus à payer les fournisseurs.

Quel est l'impact pour les patients ?
Très souvent, ils doivent acheter eux-mêmes les consommables qu'ils apportent à l'hôpital. Par ailleurs, les médecins peuvent avoir recours à des produits inadaptés, faute de mieux. Par exemple, ils vont utiliser des fils de suture trop petits qui cèdent. Ce qui provoque des éviscérations.
Les pouvoirs publics négocient des échéanciers de remboursement avec les fournisseurs pour qu'ils approvisionnent de nouveau les hôpitaux.

Le secteur privé est-il dans la même situation ?
Non. Inversement, les cliniques se portent bien. Le premier robot *Da Vinci* va être prochainement installé à Thessalonique. Six sont déjà mis en service à Athènes. Mais les soins dans le privé sont plus chers et pas pris en charge intégralement par la sécurité sociale. Sans mutuelle, les personnes à faibles ressources se tournent vers l'hôpital, malgré les conditions actuelles. Elles n'ont malheureusement pas le choix. Nous sommes vraiment dans un système à deux vitesses.

Combien y a-t-il d'urologues ?
Le même nombre qu'en France : 1 250. Mais pour une population six fois moins importante. 70 à 80% des urologues, pour cause d'hôpitaux démunis, ne pratiquent plus la chirurgie. Ils ne font plus que de l'urologie médicale. Les gros actes chirurgicaux sont réalisés en ville, dans quelques centres. De plus, 2/3 des étudiants partent faire leurs études en Roumanie, Bulgarie ou ex-Yougoslavie et reviennent s'installer en Grèce, sans validation de leur formation.

Quelles sont les pathologies les plus fréquentes en urologie ?
Principalement les lithiases, liées à une consommation importante de viande, à la chaleur et à un manque d'hydratation. Les infections urinaires, comme les prostatites par exemple, sont aussi très fréquentes.

Comment les urologues sont-ils organisés ?
Nous sommes tous réunis au sein de l'association des urologues grecs. Des partenariats sont établis avec d'autres sociétés savantes notamment en Europe. Pour ma part, j'ai initié à l'hôpital Foch une formation en coelioscopie pour les urulogues grecs.



IRM de prostate : état de l'art et perspectives

Les indications de l'IRM prostatique se sont largement étendues ces dernières années du fait de l'amélioration continue des performances technologiques.

L'IRM est un examen de choix pour toutes les explorations de la prostate, principalement pour le bilan d'un cancer de prostate. Nous sommes passés de l'imagerie morphologique à l'imagerie multiparamétrique, permettant au-delà du bilan d'extension d'obtenir une véritable cartographie tumorale du cancer de prostate. La détection, la localisation, l'estimation du volume et des informations sur l'agressivité du cancer sont autant de paramètres qui permettent l'optimisation des différentes stratégies de prise en charge du cancer prostatique.

Imagerie multiparamétrique

Le principe de l'imagerie multiparamétrique est de combiner l'imagerie morphologique (imagerie T2) à une imagerie fonctionnelle (perfusion) et moléculaire (de diffusion).
L'imagerie morphologique (séquences T2) permet une très bonne analyse de l'anatomie zonale, mais c'est une imagerie peu spécifique.
L'imagerie de perfusion caractérise la néoangiogenèse tumorale. Elle est réalisée avant et après l'injection d'un bolus d'un produit de contraste paramagnétique. Le rehaussement tumoral est précoce, intense, avec un lavage rapide. L'analyse de ces données sera visuelle, quantitative ou semi-quantitative. Cette imagerie augmente considérablement la sensibilité et la spécificité de l'IRM pour la détection, la localisation des foyers tumoraux.
L'imagerie de diffusion est basée sur les mouvements microscopiques (browniens) des molécules d'eau et donne des informations sur la densité cellulaire. C'est une imagerie hautement sensible et spécifique. L'obtention du coefficient apparent de diffusion (ADC) permet de donner des informations quantitatives. Ce coefficient est corrélé au score de Gleason, et est particulièrement intéressant dans le monitoring des traitements conservateurs.

L'association de ces trois types d'imagerie, ou imagerie multiparamétrique, est plus performante pour l'obtention de la cartographie tumorale du cancer de prostate que chacune d'entre elle isolée, ou associée deux à deux.

Applications

Les applications possibles de l'IRM sont multiples :

- Diagnostic précoce du cancer : en augmentant la rentabilité des prélèvements biopsiques (meilleur échantillonnage, diminution du nombre de prélèvements, meilleure évaluation du volume et de l'agressivité tumorale, en ciblant spécifiquement les anomalies suspectes en IRM) ;
- Optimisation du planning thérapeutique : optimisation des marges chirurgicales, modulation de dose en radiothérapie, détection, localisation, estimation du volume de la lésion index avant thérapie focale, ou surveillance active… ;
- Monitorage post thérapeutique : détection des récidives après traitement, qu'il soit chirurgical, par radiothérapie ou thérapie focale. L'IRM permet, là encore, de donner des informations sur la réponse thérapeutique : échec ou récidive.

L'IRM prostatique doit être basée sur une imagerie multiparamétrique combinant une étude à la fois morphologique, de diffusion et de perfusion. Dans ces conditions, elle permet de détecter, de localiser, d'estimer le volume et d'apprécier l'agressivité tumorale. Ces paramètres permettent d'optimiser le diagnostic, la prise en charge et le suivi thérapeutique. Son intégration dans les différentes séquences diagnostiques et thérapeutiques du cancer de prostate reste à évaluer par des études prospectives, multicentriques, et médico-économiques.

Raphaële Renard-Penna

Etat de l'Art
Vendredi 19 novembre
9H35 –9H50, Salle Bordeaux

Conférence de presse

Hier se tenait la conférence de presse du congrès présentant les développements scientifiques de l'urologie. De quoi satisfaire la curiosité des journalistes spécialisés, déjà très au fait de l'actualité urologique. Quatre sujets phares ont été abordés : les douleurs pelvi-périnéales chroniques, la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, les stratégies thérapeutiques du cancer de la prostate résistant à la castration et la cryothérapie sous guidage TDM des lésions rénales de moins de 4 cm de diamètre.



Les douleurs pelvi-périnéales chroniques : rapport de congrès de l'AFU 2010

La présentation du rapport du congrès de l'AFU 2010 "Douleurs pelvi-périnéales chroniques en urologie : mieux comprendre pour mieux traiter" est un temps fort de cette conférence de presse.

Caractérisées par leur chronicité (plus de 6 mois), l'absence de pathologie maligne et leur topographie (pelvis et périnée), ces douleurs font aujourd'hui l'objet d'une approche fonctionnelle.

Les patients se plaignent d'allodynie. Il existe des terrains favorisant l'expression de la douleur (fibralgie, syndrome de fatigue chronique, migraines, etc.). Les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont un véritable défi pour qui s'intéresse à la pelvi-périnéologie. En effet, il existe une forte discordance entre ces douleurs invalidantes chroniques et le peu d'anomalies révélées par les examens complémentaires. D'où cette nouvelle approche fonctionnelle qui prend en considération les mécanismes de dysrégulation de la douleur, au niveau local, régional, central.

L'approche globale des douleurs pelvi-périnéales chroniques doit inciter à une amélioration des connaissances du processus de douleur chronique chez les spécialistes d'organes et à une amélioration des contextes de douleurs pelviennes chez les algologues. L'avenir est donc à la formation ont conclu les rapporteurs, Jérôme Rigaud, Dominique Delavierre, Louis Sibert et Jean-Jacques Lab.

La maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes

Le développement des bactéries multi-résistantes est préoccupant. Selon une étude réalisée en 1990-1991, dans dix pays d'Europe, la proportion du *staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), parmi les principales espèces bactériennes responsables d'infections nosocomiales, était de 30 % en France, alors qu'elle n'était que de 2% au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas. Une autre étude a montré qu'il y avait 36% de bêta lactamase à spectre élargi (BLSE).

"Face à cette priorité de santé publique, des actions concertées sont nécessaires, souligne Franck Bruyère, tant en médecine de ville que dans les établissements de santé". Elles doivent reposer sur la prévention de la transmission croisée et sur l'usage rationnel des antibiotiques.

Les chiffres

- 52% des patients se plaignant de douleurs pelviennes ont une douleur isolée,
- 24% souffrent également d'un syndrome de colon irritable,
- 9% souffrent d'un syndrome pollakiurie-urgence fonctionnelle,
- 15% cumulent les trois syndromes.





A retenir :

- le retard de l'instauration d'un traitement efficace, lié à la multirésistance, constitue un facteur de risque de surmortalité en cas d'infection grave,
- certains sites infectés, comme les urines et les plaies constituent des réservoirs importants de SARM et de BLSE,
- l'identification des patients porteurs est primordiale. Elle permet de mettre en œuvre des procédures d'isolement,
- la signalisation des patients porteurs de BMR dans le service d'hospitalisation permet d'indiquer de façon explicite, à chacun des acteurs de soins, les précautions particulières pour la prise en charge de ces patients,
- l'isolement technique (lavage antiseptique des mains après contact avec le patient porteur, port de gants à usage unique non stériles, utilisation du matériel de soins réservé à chaque patient porteur de BMR, etc.) est indispensable.

Les stratégies thérapeutiques du cancer de la prostate résistant à la castration

Face à la résistance à la castration d'un cancer prostatique, la connaissance de la biologie tumorale a mis en évidence l'implication de nouvelles cibles thérapeutiques comme le récepteur aux androgènes. Les inhibiteurs de l'endothéline, l'abiratérone, le MD 3100 ou le RD 162 en sont les exemples les plus prometteurs.

A retenir :

- les œstrogènes, utilisés dans le traitement du cancer de la prostate depuis 70 ans, sont toxiques pour l'appareil cardio-vasculaire,
- des inhibiteurs spécifiques du récepteur de l'endothéline, en essai thérapeutique, pourraient avoir une place dans le traitement des cancers de la prostate métastatiques ou résistants à la castration,
- l'indication de l'abiratérone, pour les cancers prostatiques résistant à la castration, est limitée par un niveau de preuve insuffisant (pas de résultat d'études de phase 3), la méconnaissance de la tolérance, et la fermeture récente des essais cliniques l'évaluant,
- l'étude TROPIC montre la possibilité de traiter en 2ème ligne, au Cabazitaxel, un cancer de la prostate résistant à la castration chirurgicale et au Taxotere.

La cryothérapie sous guidage TDM des lésions rénales de moins de 4 cm de diamètre

Plus de 8 000 nouveaux cas de cancer du rein sont détectés chaque année, en France. Ce cancer touche une majorité de femmes (68%, source INCa). L'âge moyen est de 70 ans. L'adénocarcinome est le plus fréquent des cancers du rein (90% des cas).

Le tabagisme, l'obésité, l'hémodialyse chronique, des prédispositions génétique, ou encore le travail prolongé dans l'industrie du cuir et de l'amiante sont les principaux facteurs de risque.

La chirurgie partielle préserve à terme la fonction rénale et améliore la survie.

La cryothérapie sous contrôle scanner ou IRM, très peu agressive, a prouvé son efficacité dans le traitement d'une pathologie dont la prévalence augmente régulièrement (2% par an depuis une vingtaine d'années).

Symposium Ipsen : cancer de la prostate, à tout âge son traitement

Dans la prise en charge du cancer de la prostate, l'âge est un critère important pour adapter le profil thérapeutique. Pour autant, faut-il faire un focus sur cette composante ? C'est l'un des points qui sera abordé dans ce symposium présidé par Dominique Rossi. La place de l'évaluation gériatrique dans les décisions thérapeutiques sera également analysée. La typologie de l'âge – civil ou physiopathologique- à retenir dans les décisions en RCP fera par ailleurs l'objet d'une présentation.

Vendredi 19 novembre
17H30 - 19H00 - Salle Bordeaux

Symposium GlaxoSmithKline: trois pathologies en 3D

Nouveau : la 3D fait son entrée au congrès de l'AFU. Ce symposium présidé par Thierry Lebret (Suresnes) donne de la profondeur aux messages sur les nouvelles approches de prise en charge concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), le cancer du sein et de la prostate.

Olivier Haillot (Tours) traitera du choix des associations de médicaments (pour qui et quand ?) dans le traitement de l'HBP. Pierre Costa (Nîmes) évoquera le rôle des 5-ARI et a-bloquants dans l'amélioration de la sexualité des patients souffrant de HBP. Bernard Escudier (IGR-Villejuif) fera le point sur un nouvel anti-angiogénique oral dans le cancer du rein métastatique. Arnaud Mejean (Paris) se demandera qui dans le cancer du rein opéré rechutera. Enfin, deux interventions porteront sur le cancer de la prostate : comment éviter de l'avoir, d'en être traité, ou d'en mourir ? Jean-Dominique Doublet (Versailles) abordera la place de la prévention tandis que François Desgrandchamps (Paris) fera un point sur les possibilités et les modalités de prévention. À vos lunettes !

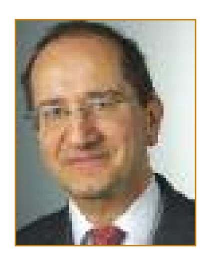
Salle Havane
Jeudi 18 novembre
17h30 – 19h00

Lithiase : un logiciel d'évaluation pour le bilan métabolique

"On sait qu'il existe aujourd'hui une étroite relation entre métabolisme et maladie lithiatique" explique Olivier Traxer. Le bilan métabolique aujourd'hui recommandé chez tout patient lithiatique reste peu réalisé car son interprétation est jugée difficile pour les urologues. Le forum du CLAFU a donc décidé de créer un logiciel d'interprétation, basé sur les recommandations existantes : un bilan urinaire et sanguin du patient. Ces données sont rapportées au poids, à l'âge et au sexe du patient. L'application analyse instantanément les paramètres, offrant à l'urologue un affichage des valeurs anormales et une vision personnalisée du profil du patient lithiasique. Ce programme favorise la personnalisation de la prise en charge médicale, orientant les conseils hygiéno-diététiques du patient. Une application Iphone est prévue ainsi qu'une utilisation directe sur le site urofrance de l'AFU (www.urofrance.org).

Astrid Charlery

Forum du Comité lithiase
Samedi 20 novembre
8h00 – 9h30 - Salle 342 A



Qui êtes-vous Monsieur Delmas ?

Le Professeur Vincent Delmas reçoit aujourd'hui la médaille Félix Guyon. Il nous fait partager ses souvenirs et ses espoirs pour l'urologie française.

Quels sont vos premiers moments forts en urologie ?

Mon premier souvenir, je le dois à Jean-Marie Brisset à l'hôpital Saint Joseph, à Paris. Il donnait de l'urologie l'image d'une discipline intelligente, astucieuse, dynamique. Je le suivais au staff bondé de la Porte de Choisy. Lors de ses exposés d'urologie qu'il donnait en formation continue, j'étais impressionné de voir comment il pouvait passionner des heures durant son auditoire sur les urétérocèles ! Je l'ai également vu à la Clinique de la Porte de Choisy procéder à une transplantation rénale à partir d'un donneur vivant.

Je me souviens également des leçons brillantes de Jacob Cukier, et de Roger Couvelaire, à Necker. Mon maître Albert Moulonguet à l'Hôpital Gouin puis à Bichat, m'a marqué par son bon sens urologique et son humanité avec les malades. Enfin, je pense à Laurent Boccon-Gibod dont l'exigence et la rigueur faisaient une parfois rude mais efficace école d'urologie.

L'urologie a-t-elle beaucoup évolué durant toutes ces années ?

De mes souvenirs d'externe à aujourd'hui, j'ai l'impression d'avoir vécu plusieurs vies tant la spécialité s'est transformée. Il n'est que d'évoquer le traitement des calculs, le cancer de la prostate, l'uro-gynécologie. Ce renouvellement constant de l'urologie est un puissant moteur. Le fait que nous soyons une discipline médico-chirurgicale dominant tous les aspects de l'appareil uro-génital donne un visage médical complet à l'urologue. Nous ne sommes pas que d'habiles techniciens.

Quels sont vos souhaits pour l'avenir de la spécialité ?

L'urologie grâce à l'AFU et à ses membres est à la pointe des progrès. Elle doit continuer à anticiper sur le plan scientifique, technique et associatif, s'ouvrir aux disciplines fondamentales comme aux disciplines cliniques frontières.

Ancien rédacteur en chef de *Progrès en Urologie*, je crois également beaucoup en l'urologie de langue française. La présence de nombreux collègues étrangers francophones à notre congrès est le témoin du lien puissant que constitue notre langue et du partage scientifique et amical dont elle est le vecteur. La nouvelle Fédération des Associations et Sociétés d'Urologie de Langue Française (FASULF) doit être le grand artisan de cette diffusion. Merci à tous nos confrères francophones du monde entier qui soutiennent notre action.

Quel message aimeriez-vous transmettre aux urologues de demain ?

Futures générations, chers collègues, avec l'urologie, vous avez fait le bon choix. N'ayez pas peur comme ceux qui vous ont précédé, d'innover, d'ouvrir des portes, l'urologie vous donnera en retour autant de satisfaction qu'elle m'en a donné.

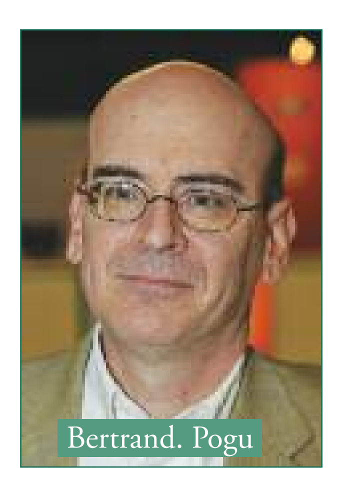
Sé&ance officielle du Congrès
Salle Bordeaux
Vendredi 19 novembre
11H30-13H00

Les instantanés du Congrès



Dîner du bureau de l'AFU et de la Société japonaise d'urologie, le 18 novembre 2010

Accréditation : mode d'emploi


Bertrand. Pogu

Pour beaucoup, la démarche d'accréditation manque parfois de clarté, dans ses intentions et sa mise en œuvre. Les urologues ont pourtant tout intérêt à s'y inscrire.

Usine à gaz : c'est souvent ainsi qu'est présentée la démarche d'accréditation mise en place par la Haute Autorité de Santé. Ce forum d'exercice professionnel propose de la décrypter. Des experts de l'organisme d'accréditation en reprendront point par point les étapes, en recensant les erreurs à éviter (bien renvoyer en deux fois, à la HAS, et par e-mail, les formulaires d'engagement ; bien remplir et noter le numéro d'un EPR par exemple). Le jargon de l'accréditation sera (re)expliqué comme la distinction entre un événement porteur de risque (EPR) et un événement indésirable grave (EIG). Les circuits de déclaration seront détaillés tout comme les modalités de réalisation du bilan permettant d'être accrédité, sans oublier le rappel sur les obligations de participation aux programmes de réduction des risques. Un nouvel EPR ciblé (défaut dans la prescription médicale péri-opératoire) sera présenté.

Ce mémento des règles pratiques devrait aider ceux qui ont des difficultés avec cette démarche d'accréditation, déjà réalisée par 635 urologues. 277 sont aujourd'hui accrédités. Rejoignez-les vite, en participant à ce forum.

A l'heure de la mise en place du Développement professionnel continu (DPC) dont l'un des objectifs est l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins, ce forum sur l'accréditation devrait achever de convaincre les plus réticents.

Pierre Derrouch

Furum d'exercice professionnel

Vendredi 19 novembre
8H00 – 9H30 - Salle 351

Election du CA de l'AFU : procédure de vote



Le conseil d'administration de l'Association Française d'Urologie est renouvelé cette année. Tous les membres à jour de leur cotisation sont invités à voter lors du congrès, du Mercredi 17 novembre 2010 11h00 au Samedi 20 novembre 2010 11h00.

Le conseil d'administration, composé de 24 membres, est élu pour 3 ans, au scrutin secret, uninominal, à un tour. La majorité simple des suffrages est suffisante pour être élu. En cas d'égalité de voix pour le ou les derniers postes à pourvoir, les candidats, dont la nomination à l'Association Française d'Urologie est la plus ancienne, seront élus et, en cas d'égalité d'ancienneté dans l'Association Française d'Urologie, les candidats les plus âgés seront élus.

Une liste de 41 candidats est mise à la disposition de tous les électeurs au début du congrès, pour leur permettre de voter. Pour être valable, le bulletin de vote doit comporter au minimum 18 noms différents et au maximum 24 noms différents.

Cette année, la modalité de vote choisie est 100% électronique (ALPHAVOTE) (pas de vote physique ni par correspondance), uniquement sur place, sur 3 ordinateurs mis à disposition des électeurs, dans le bureau de vote, situé entre le stand B7 et le stand B10 à proximité de l'accueil.

Chaque votant doit prouver son identité et émarger la liste électorale en présence d'une personne mandatée par le Conseil d'Administration de l'AFU. En cas de procuration, une personne mandatée par le Conseil d'Administration de l'AFU en vérifiera la validité au stand de l'AFU.

Un identifiant est généré et remis sur place (courrier imprimé qui explique également la procédure de vote en 3 clics).

Le résultat des élections sera annoncé en Assemblée Générale. Le nouveau conseil d'administration sorti des urnes se réunira à l'issue de l'Assemblée Générale pour élire son bureau.

Testostérone et cancer de la prostate : est-ce une révolution qui s'annonce ?


Yann Neuzillet

La testostérone, dont la suppression et la supplémentation incombe à l'urologue, est sous les feux de l'actualité. Qu'en est-il ?

Depuis les travaux de Charles Brenton Huggins sur l'hormono-sensibilité des cellules de cancer de prostate qui lui valurent le prix Nobel de médecine en 1966, la testostérone est, dans notre culture urologique, l'adversaire, celui que les traitements doivent réduire au maximum pour maîtriser, voir même prévenir, le cancer de prostate. La relation n'est pourtant évidemment pas si simple et le manichéisme n'est pas recommandable.

Interrogation

Pour les cardiologues, la testostérone est clairement bienfaitrice, diminuant l'obésité, les anomalies lipidiques et glucidique et, au final, la mortalité cardio-vasculaire. Il y a un mois, la FDA (Food and Drugs Administration, équivalent aux Etats-Unis de l'AFSSAPS) a ordonné l'adjonction d'un avertissement concernant le risque de diabète et de pathologie cardiovasculaire induites sur l'emballage de tous les agonistes de la LHRH.

Par ailleurs, la réduction du risque de certains cancers de la prostate par les inhibiteurs de la 5 alpha-réductase a été montrée par les études PCPT (finastéride) et REDUCE (dutastéride). Cependant les résultats de ces études laissent penser que les seuls cancers ainsi prévenus sont ceux de bon pronostic. Priver de testostérone la prostate n'empêche pas la survenue des cancers de score de Gleason défavorable. Dès lors, il est légitime de s'interroger sur l'incidence pronostique de cette prévention.

Le point

La table ronde coordonnée par Dominique Rossi (Marseille) arrive donc à point nommé pour faire le tour de cette actualité brûlante. Les relations complexes de la testostérone et de la cellule prostatique seront exposées par Edouard Amar (Paris) puis Pierre Mongiat-Artus (Paris) répondra aux interrogations quant à la prévention du cancer de prostate au moyen d'inhibiteurs de la 5 alpha-réductase. Henry Botto (Suresnes) nous montrera ensuite les intérêts du dosage de la testostérone dans la prise en charge du cancer de prostate. En quoi la connaissance du statut gonadique du patient peut modifier cette prise en charge ? Enfin, Eric Huyghe (Toulouse) fera le point sur l'indication du traitement hormonal substitutif chez le patient traité pour un cancer de prostate localisée. A-t-on suffisamment d'arguments pour ainsi diminuer le risque cardio-vasculaire sans risque carcinologique ? Faut-il réviser nos certitudes sur la testostérone pour ne pas manquer la révolution qui pourrait bien changer notre vision de la testostérone ? Ne manquez pas cette table ronde !

Table ronde

Vendredi 19 Novembre 2010
10h05 – 10h40 - Salle Bordeaux

La LEC est-elle une technique en bout de course ?

Aujourd'hui, le traitement des lithiases urinaires répond à deux techniques principales: la lithotritie extracorporelle (LEC) et l'utéroscopie, notamment avec le développement de l'utéroscopie souple. Laquelle choisir ? Les avis divergent.

Si la LEC, utilisée en France depuis 1984, marque un peu le pas, elle garde la faveur d'un bon nombre d'urologues. "La dérégulation du marché des lithotripteurs en 2007 a contribué à la multiplications des machines et des sites. Le nombre de séances est passé de 30 000 en 2006 à 46 000 en 2009" explique le Dr Jean-Romain Gautier (Toulouse).

Le traitement des calculs fait l'objet de recommandations depuis 2004 par l'EAU, puis l'AUA, et plus récemment en 2009 par le comité lithiase de l'Association française d'urologie (CLAFU) dans lesquelles la LEC garde une place importante. Ses détracteurs l'accusent aujourd'hui d'un manque d'efficacité, et de complications obstructives; d'autres au contraire vantent son caractère non invasif.

La LEC est aujourd'hui "concurrencée" par l'utéroscopie souple dont les partisans, comme le Pr Eric Lechevallier (CHU Marseille), avancent les bons résultats, un faible taux de complication et pas de contre-indications chez la femme enceinte et le patient sous anti-coagulants ou anti-agrégants plaquettaires. Pour le Pr Bertrand Doré (CHU Poitiers), la LEC garde tout son intérêt, sous réserve d'avoir de bonnes indications et de suivre correctement les recommandations. "Faire une LEC par ailleurs n'entame pas les possibilités de pratiquer une utéroscopie, en cas d'échec" souligne le Dr Gautier.


Jean-Romain Gautier

La lithotritie n'est peut être pas encore en bout de course, seulement essoufflée ; elle est face à des nouveaux challenges : amélioration du repérage (calculs urétéraux), meilleure fragmentation, tout en gardant son innocuité.

Face à face
Vendredi 19 novembre
8h00 – 9h30, salle 351

Chiffre du jour

768

inscriptions aux journées des infirmières

Traitement laparoscopique du prolapsus génito-urinaire : faut-il mettre systématiquement une prothèse postérieure ?


Laurent Wagner

La place de la chirurgie préventive dans la correction des troubles de la statique pelvienne et en particulier dans la chirurgie des prolapsus génitaux reste complexe est sujette à des interprétations différentes.

Chez une patiente présentant un prolapsus génito-urinaire majeur (grade 2 ou plus) responsable d'un retentissement sur la qualité de vie et pour lequel une indication opératoire a été posée, la constatation d'une rectocèle débutante pose la question de la prise en charge associée de ce trouble de la statique pelvienne peu ou pas symptomatique. Une attitude classique voudra que l'on associe un geste systématique durant le même temps opératoire si l'on juge qu'il existe un risque de décompensation secondaire. Un argument supplémentaire en faveur de cette attitude est la difficulté d'évaluation clinique des différents éléments de prolapsus lorsque l'on se rappelle le caractère fluctuant de certains troubles de la statique pelvienne et la subjectivité fondamentale de cette évaluation. La tendance actuelle est de ne pas mettre en place une prothèse postérieure systématique. En effet, si cette chirurgie préventive permet de réduire le risque de ré-intervention secondaire, cela se fait au prix d'un taux de complications per et post opératoires supplémentaires. Les résultats des publications les plus récentes montrent qu'après traitement laparoscopique d'un prolapsus génito-urinaire par simple fixation antérieure, et à condition de ne pas réaliser de cervico-cystopexie, le risque de décompensation postérieure n'excède pas 10%. Il s'agit de plus, le plus souvent, de rectocèle basse dont le traitement par voie vaginale ne pose aucune difficulté.

Indications

Il n'y a pas à ce jour de réel consensus sur la réalisation d'un geste préventif postérieur après traitement laparoscopique d'un prolapsus génito-urinaire. Cependant, un examen clinique soigneux, méthodique et répété au moins 2 fois, un bilan complémentaire fonctionnel comme un examen urodynamique, une manométrie ano-rectale et une défécographie permettront de donner une orientation. L'indication d'une prothèse postérieure (fixée aux releveurs ou au rectum) ne se discutera pas en cas de rectocèle masquée atteignant au moins l'hymen. De même, l'existence d'un prolapsus rectal mis en évidence sur la défécographie fera poser l'indication d'une prothèse postérieure fixée au rectum (rectopexie). En l'absence de rectocèle significative, la mise en place d'une prothèse de renfort vaginal postérieur sera conseillée chez une femme jeune présentant une hystéroptose majeure et /ou une faiblesse périnéale car le risque de décompensation postérieur est alors important. Il peut alors s'agir d'une prothèse inter-recto-vaginale fixée aux releveurs en bas et aux ligaments utéro-sacrés en haut. Cette prothèse peut ne pas être fixée au promontoire, ce qui évitera le risque de dyschésie secondaire liée au cravatage du rectum par la prothèse postérieure. A l'inverse, l'existence d'une constipation terminale surtout si elle est associée à une hypertonie sphinctérienne anale résistante à la rééducation périnéale devra faire préférer la mise en place d'une seule prothèse antérieure. L'expérience de l'opérateur d'une part, la discussion et l'information complète de la patiente associée à une période de réflexion d'autre part permettront de choisir au mieux le type d'intervention.

Forum de techniques chirurgicales
Samedi 20 novembre
08h00 – 09h30
Salle Bordeaux

Les secrétaires, de vraies collaboratrices pour les urologues

Cette 6 ème journée des secrétaires au sein de l'AFU souligne la réalité d'un travail en binôme.

Elles sont entre 200 et 230 secrétaires chaque année à participer à cette séance qui leur est dédiée. "Cette journée annuelle est une réponse à un besoin de formation et une reconnaissance de notre collaboration" explique ainsi Estelle Lys, assistante de Denis Prunet à Royan qui assure l'emploi du temps de la session. Les secrétaires abordent des sujets organisationnels et administratifs, comme la dictée vocale, ou l'amélioration de l'organisation d'un service après un emménagement dans un nouvel hôpital, présentée par des consœurs de Compiègne. Par ailleurs urologues et infirmiers assurent, durant cette journée, la formation continue des secrétaires d'un point de vue médical afin qu'elles connaissent au mieux la pathologie. Cela leur permet ensuite de répondre aux interrogations des patients et les aider dans leur parcours de soin. Les sujets retenus cette année portent sur l'accueil et la prise en charge au cabinet des femmes consultant pour incontinence urinaire, l'homme infertile, la sexualité féminine, les tumeurs superficielles de la vessie et le traitement médical de l'adénome de la prostate en 2010. "La place des secrétaires pour un chirurgien et un urologue est capitale. Leur métier a évolué. Elles sont devenues des collaboratrices, rappelle Denis Prunet. Elles organisent le parcours de soin des patients, organisent notre planning de rendez-vous, gèrent les formalités administratives de plus en plus nombreuses, ainsi que les problèmes, les doléances des médecins correspondants et des patients pendant que nous sommes indisponibles au bloc".

Astrid Charlery

Journée des Secrétaires

Vendredi 19 novembre, 9H30 – 16h30
Salle 352 AB

La cryothérapie a son club



Créé en 2009, le club cryothérapie surfe sur la vague de d'innovation.

Ce jeune club, créé en 2009, à l'initiative de Bernard Malavaud, se donne pour mission de promouvoir l'utilisation des basses températures dans le traitement des tumeurs rénales et prostatiques. Les aspects les plus récents portant sur le matériel, le coût, l'efficacité, la nécessaire multidisciplinarité ont été présentés. Nul doute que le traitement par le froid ne devienne un sujet brûlant d'actualité, assurant un traitement efficace, et peu agressif des tumeurs rénales et prostatiques.

Un expert de l'accréditation OA à votre écoute : 13H-14H, ce vendredi sur le stand de l AFU.